UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1915. — N° 3

LES ABCÈS DE FIXATION

dans la Septicémie puerpérale

APPLICATIONS ET RÉSULTATS A LA MATERNITÉ D'ALGER

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 15 Avril 1915

PAR

M. Louis-Félix POGGI

Né à St-Florent (Corse), le 4 juin 1887

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL CIVIL DE CONSTANTINE

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *prof. de clinique obstétricale*..... PRÉSIDENT

SOULIÉ, *prof. de pathologie générale et microbiologie.*
HÉRAIL, *prof. de thérapeutique et matière médicale.* } JUGES.
GILLOT, *prof. agrégé*.....

ALGER

ADOLPHE JOURDAN, ÉDITEUR

PLACE DU GOUVERNEMENT

1915

LES ABCÈS DE FIXATION

dans la Septicémie puerpérale

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1915. — N° 3

LES
ABCÈS DE FIXATION
dans la Septicémie puerpérale

APPLICATIONS ET RÉSULTATS A LA MATERNITÉ D'ALGER

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 15 Avril 1915

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

M. Louis-Félix POGGI

Né à St-Florent (Corse), le 4 juin 1887

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL CIVIL DE CONSTANTINE

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *prof. de clinique obstétricale*..... PRÉSIDENT

SOULIÉ, *prof. de pathologie générale et microbiologie.*
HÉRAIL, *prof. de thérapeutique et matière médicale.* } JUGES.
GILLOT, *prof. agrégé*.....

ALGER

ADOLPHE JOURDAN, ÉDITEUR

PLACE DU GOUVERNEMENT

1915

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM.	CURTILLET (✻, I. ✿).
ASSESSEUR		TRABUT (✻, I. ✿, O. ❁).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (I. ✿).
Anatomie pathologique		POUJOL (I. ✿).
Physiologie		REY (✻, I. ✿).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✿)
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✿).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		BRAULT (✻, I. ✿).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie		CURTILLET (✻, I. ✿
Clinique obstétricale		ROUVIER (✻, I. ✿).
Clinique ophtalmologique		CANGE (A. ✿).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✿, ❁).
Pharmacie		BATTANDIER (I. ✿).
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✿).
Histoire naturelle médicale et parasitologie		TRABUT, (✻, I. ✿, O. ❁).
Pathologie générale, microbiologie		SOULIÉ (I. ✿).
Hygiène et médecine légale		CRESPIN (I. ✿).
Histologie		ARGAUD (I. ✿).
Physique médicale		DUFOUR (I. ✿).

CHARGÉ DE COURS, PROFESSEUR ADJOINT

Chimie biologique	M.	SAMBUC (I. ✿).

AGREGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	MM.	GILLOT (I. ✿).
Physiologie		BATTEZ.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM.	LEBLANC (A. ✿).
Chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale		E. CABANES (A. ✿). FUSTER.
Chaires de chimie et de physique		MALOSSE (A. ✿).
Chaires de pharmacie et de matière médicale		MUSSO.
Section de médecine générale		RAYNAUD
Section de chirurgie		LOMBARD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine		NÈGRE.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A mon Père et à ma Mère

Je dédie ce modeste travail, faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance infinie.

A ma Sœur, à mon Frère,

A ma sœur ROSALIE (In memoriam)

A tous mes Parents

A tous mes Amis

A mon Maître :

Le Docteur Noël MARTIN,

Chirurgien en Chef de l'Hôpital civil de Constantine

Pour ses bonnes leçons et la bienveillante sollicitude qu'il n'a cessé de nous témoigner.

A Monsieur le Docteur LIAGRE

Témoignage de profonde gratitude et de sincère reconnaissance.

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur ROUVIER,

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté d'Alger

Il a bien voulu nous faire le très grand honneur de présider notre thèse. Nous tenons, ici, à lui adresser nos remerciements pour ses bons conseils, ainsi que l'expression de notre plus vive reconnaissance.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE DE MARSEILLE

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER

A mes Maîtres de l'Hôpital civil de Constantine

Les Docteurs GUIGON, GALLET, BARRAUD et MOSSLY.

Aux excellents Camarades d'Internat

Les Docteurs :
MAZAUD, CROSSE, VINCENT et ALBESSARD

En souvenir des jours de joyeuse intimité passés à la salle de garde.

INTRODUCTION ET PLAN

Nous n'avons pas l'intention de faire, dans ce petit travail, un trop long historique de la méthode thérapeutique, basée sur la formation d'abcès dits « de fixation », employés dans les infections en général et dans la septicémie puerpérale en particulier.

Depuis le Professeur Fochier, qui d'ailleurs fut amené à appliquer la méthode de façon toute fortuite, les publications à ce sujet, thèses et observations, ont été assez nombreuses et, fatalement, nous tomberions dans des redites.

Nous n'avons pas, non plus, la prétention de démontrer qu'en matière d'infection puerpérale, l'abcès de fixation est une médication spécifique pouvant assurer toujours, et dans tous les cas où celle-ci se manifeste, une guérison certaine.

Notre but est plus modeste. L'esprit humain admettant difficilement ce qu'il ne comprend pas et le mode d'action des abcès de fixation s'expliquant mal, l'efficacité de la méthode, malgré le nombre d'observations publiées de tous côtés, est loin d'être admise par tous. Aussi nous voudrions tout simplement ajouter à toutes les preuves déjà données, une preuve de plus. A l'aide de quelques observations probantes, dues à l'amabilité de notre excellent ami, le Dr Pouget, chargé des fonctions de Chef de Clinique à la Maternité, et recueillies sous la Direction du distingué Professeur de clinique obstétricale, l'hono-

rable Professeur M. Rouvier, nous parlerons surtout des bons résultats obtenus par l'application systématique de la méthode à la clinique obstétricale d'Alger et nous essayerons de démontrer que, si dans certaines infections, telles que : pneumonies, broncho-pneumonies, typhoïdes, typhus, etc., les abcès de fixation restent une méthode d'exception, dans la septicémie puerpérale ils doivent constituer, associés à une thérapeutique, à la fois locale et générale, la base même du traitement, lorsque l'infection a franchi la barrière utérine et s'est généralisée.

Le plan de notre travail sera le suivant :

1° Court historique ;

2° Rappel des théories diverses émises pour expliquer le mode d'action de l'abcès de fixation et critique générale, en indiquant celles qui paraissent le mieux satisfaire notre esprit, d'après les données actuelles de la pathologie générale et d'après la clinique ;

3° Indications et technique de la méthode telle qu'on l'applique à la Maternité d'Alger ;

4° Evolution des abcès artificiels et conduite à tenir lorsqu'ils se sont formés ;

5° Observations probantes démontrant la valeur pronostique de la méthode et sa valeur curative.

Avant de commencer, il nous reste un devoir bien agréable à remplir : celui de remercier, encore une fois, ici, tous les Maîtres qui ont contribué à faire notre éducation médicale ; nous nous efforcerons toujours de rester dignes de l'amitié qu'ils nous ont prodiguée sans cesse.

CHAPITRE PREMIER

Définition. — Historique

L'abcès de fixation peut être défini, sans préjuger de son mode d'action, « une réaction locale, pyogène, aseptique, créée à volonté, dans le but d'atténuer ou de guérir une maladie infectieuse en imminence de suppuration ou de complication viscérale ». Ainsi compris, l'abcès de fixation apparaît comme une méthode thérapeutique générale, applicable dans toutes les maladies infectieuses et dans les bacillémies. Dans la septicémie puerpérale, il nous apparaît comme capable d'empêcher ou d'arrêter la généralisation de cette infection, en provoquant une pyogenèse artificielle localisée.

Métivier, en 1860 ; Cantel, en 1867 ; Hervieux, un peu plus tard, avaient noté « que la formation, sur les organes extérieurs, d'abcès, pendant le cours de la maladie, est loin d'être un phénomène aussi défavorable qu'on pourrait bien le penser. Au contraire, on ne les observe, pour ainsi dire, que chez les sujets qui guérissent ». Ainsi donc, la pyogenèse localisée apparaît, à ces auteurs, comme un symptôme de pronostic favorable dans les maladies à tendances suppuratives. Or, la septicémie puerpérale est le type de ces maladies susceptibles de produire des suppurations multiples ; aussi Fochier, frappé de la bonne tournure que prenaient ses infectées, dès l'apparition d'une suppuration localisée, s'exprima de la façon

qui va suivre, en son premier mémoire : « Il y a des cas de fièvre puerpérale, qui sont l'exception, sans être absolument rares, dans lesquels on voit une infection généralisée, sans lésion importante appréciable, subir une amélioration soudaine, en même temps que se manifestent les signes d'une suppuration localisée, par exemple un phlegmon du sein ou de la fosse iliaque ou du tissu cellulaire sous-cutané, ou bien une mono-arthrite, une péritonite localisée tardive, une salpingo-ovarite... Ils constituent le salut, d'une façon bien manifeste, s'ils sont traités chirurgicalement au cas de marche aiguë et, si on les laisse évoluer, au cas de développement subaigu et chronique ».

Donc, au début, Fochier aussi voit, dans une pyogénèse localisée, un symptôme de bon augure pour la marche de la maladie ; c'est seulement du jour où, à la suite d'une injection hypodermique ayant provoqué un abcès chez une puerpérale infectée, il vit l'état de celle-ci s'amender considérablement et la guérison survenir, qu'il fut amené à considérer comme une méthode thérapeutique, digne d'être généralisée, la provocation d'abcès artificiels (*Lyon-Médical*, août 1911).

De là est née la méthode dite « Méthode des abcès de fixation de Fochier ».

Depuis Fochier, elle a connu, comme beaucoup d'autres méthodes thérapeutiques, des jours de gloire et d'infortune.

Certains cliniciens l'ont appliquée dans toutes les affections ayant une tendance à provoquer des suppurations multiples : de fait, Lépine, Dieulafoy, Revilliod, Arnozan, Carles, ont obtenu des succès dans la pneumonie, la grippe, la fièvre typhoïde ; tout dernièrement, Lesieur, de Lyon, dans un article paru dans le « Lyon-Médical »

(1913) dit, que dans la fièvre typhoïde, « lorsque toute thérapeutique semble vaine, et surtout dans les cas où une complication intercurrente oblige à suspendre la balnéation et que l'infection demeure menaçante », l'abcès de fixation peut donner d'excellents résultats ; enfin nous citerons, pour mémoire, les résultats tout à fait brillants, paraît-il, donnés par des médecins espagnols, relatifs à 130 cas de scarlatine (1).

Dans le chapitre des septicémies puerpérales, les articles et les communications consacrés à la méthode sont nombreux.

A la Société Obstétricale de France, dans une séance du mois d'avril 1892, après une communication de Fochier, faite dans la même séance, Thierry, de Rouen, rapporte douze observations d'infections puerpérales traitées par les abcès de fixation : sur douze malades, il dit avoir eu dix guérisons et deux décès ; de ces deux décès l'un aurait été dû à la marche foudroyante de la maladie, la malade ayant succombé au commencement du troisième jour, des suites de couches, l'autre à des accidents urémiques dus à une néphrite antérieure à l'accouchement. Il termine son rapport en préconisant la « Méthode de Fochier, dans les cas rares, dit-il, où, malgré la médication locale, une infection générale est venue s'ajouter aux premiers accidents ».

Dans les Annales de cette même Société, nous trouvons, en 1902, une communication de Chéron (de Paris) relative à quelques observations d'infections puerpérales à forme septicémique traitées par les abcès de fixation et, en 1908, deux observations avec succès du Professeur

(1) Voir *Annales de la Société Obstétricale de France* (1902) : Communication du Docteur Chéron, page 488.

agrégé Andérodias (Bordeaux) qui associe l'abcès de fixation aux injections sous-cutanées d'électrargol.

Dans les comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, de 1909 à 1911, nous trouvons deux cas de guérison rapportés par le docteur Casanove ; trois observations avec guérison encore, du Professeur Audebert, de Toulouse ; trois autres rapportées par M. Roux, dont l'une concernant une septicémie aiguë chez une femme ayant avorté, à deux mois et demi, à la suite de manœuvres abortives, se termine par la mort, et enfin une dernière observation de M. Venot relative à une septicémie puerpérale d'emblée généralisée et guérie au bout de vingt jours, grâce à l'abcès de fixation.

Parmi les articles magistraux faits sur le sujet, nous citerons celui de Boissard, accoucheur de l'Hôpital Tenon; l'auteur, qui essaie de mettre la question au point, termine en s'exprimant ainsi : « Persister à soigner ces formes infectieuses (les septicémies puerpérales) par des procédés qui restent impuissants, sans s'adresser à d'autres moyens, sans recourir à une méthode trop négligée à notre sens et qui compte des succès incontestables, serait, à l'heure actuelle, une lourde faute, surtout en face des insuccès que donne la méthode sérothérapique dont la faillite jusqu'à nouvel ordre est incontestable » (Obstétrique, octobre 1908). Nous n'oublierons pas non plus le travail de La Torre (1903).

Parmi les thèses, enfin, nous signalerons surtout celle de Trifon (Lyon 1899) qui relate cinquante succès ; celle de Carles (Bordeaux, 1902), qui est une mise au point complète ; celle de Voiturier (Lyon, 1909) contenant 120 observations avec 81 guérisons ; celle enfin de Casedevant (Paris, 1913). Nous en oublions certes et non des

moindres, mais nous sommes persuadés que tous les travaux que nous venons de citer pourront amplement édifier le lecteur.

A côté des cliniciens qui ont vanté la méthode, d'autres l'ont au contraire dénigrée : ceux-là trouvent choquant, qu'on puisse guérir par une suppuration les maladies à tendances suppuratives, et prétendent qu'il est dangereux d'ajouter une infection nouvelle à la maladie traitée. Pour se défendre contre les nombreux cas de guérison obtenus, ils disent que ces bons résultats sont surtout dus au traitement local et général qu'on associe aux abcès de fixation. Ces arguments sont évidemment de peu de valeur ; cependant, ils ont été et sont encore assez puissants pour laisser incrédules certains cliniciens ou praticiens sur la valeur réelle de la méthode et pour créer à son encontre une sorte de suspicion imméritée.

Dans toute discussion sur la valeur thérapeutique d'une méthode, le dernier mot doit toujours rester à la clinique : elle seule peut donner les preuves de son efficacité. Aussi, sommes-nous heureux d'apporter, après tant d'autres, dans la discussion toujours ouverte, sur la valeur thérapeutique des abcès de fixation, les quelques observations prises sous la direction de notre Professeur, M. Rouvier, et les arguments qu'a pu nous suggérer la clinique. Puissent-ils contribuer à remettre en honneur, dans les milieux obstétricaux, une pratique qui, comme l'a dit Boissard, est un peu trop délaissée et qu'on considère trop comme une médication d'exception.

CHAPITRE II

Mode d'action de l'Abcès de fixation

Comme nous l'avons déclaré dans notre introduction, nous n'avons point l'intention, ici, d'apporter des arguments nouveaux à une question si souvent controversée et point encore résolue : nous nous contenterons simplement d'indiquer, dans leurs grandes lignes, les théories émises en essayant de justifier celles d'entre elles qui nous satisfont le plus.

Ces théories peuvent se résumer en deux grandes classes :

1° L'abcès agit surtout, dit le Professeur Fabre, de Lyon, par absorption à son niveau de l'essence de térébenthine, *antiseptique puissant* et très peu par ses réactions locales ou générales.

Et là-dessus, il a basé toute sa thérapeutique des infections puerpérales : injections intra-utérines et vaginales à la térébenthine, sérum térébenthiné.

Nous ne pouvons pas nier que les brillants résultats obtenus par le distingué Professeur sont dus en partie à l'action antiseptique de l'essence de térébenthine appliquée de la façon qu'il indique ; mais, avec beaucoup d'autres d'ailleurs, il nous semble que, dans l'abcès de fixation, l'absorption au niveau de l'abcès de l'essence de térébenthine est trop minime, pour qu'on puisse lui attri-

buer la plus grosse valeur dans les résultats thérapeutiques obtenus à l'aide de la Méthode de Fochier.

2° *L'efficacité est due à la réaction de l'abcès :* ici les hypothèses sont nombreuses.

Pour Fochier, l'abcès créerait un point de moindre résistance où les germes infectieux viendraient se localiser : c'est la théorie de la fixation. Carles qui, dans sa thèse inaugurale de Bordeaux, en 1902, s'est fait le défenseur de cette théorie, a essayé de la démontrer en étudiant l'abcès de fixation au cours des empoisonnements par le mercure, l'arsenic, le cuivre ; il conclut que, dans le pus de l'abcès, on trouve plus d'arsenic et plus de mercure que dans le foie lui-même.

Le grand reproche adressé à la théorie de la fixation est que le pus des abcès de fixation est un pus amicrobien dont l'ensemencement sur n'importe quel milieu ne donne que des résultats négatifs. A cela Carles répond que les microbes ont disparu de l'abcès parce que tués par l'essence de térébenthine, puissant antiseptique. Cet argument a été renforcé par les recherches de Lesieur : ce dernier a trouvé, en effet, dans les abcès, provoqués au cours d'une typhoïde, par l'injection d'une substance autre que l'essence de térébenthine, l'huile camphrée, par exemple, de nombreux bacilles d'Eberth purs, vivants, virulents, agglutinables ; de plus, dans un cas où il n'a pas constaté de bacilles, il a noté que le pus de l'abcès possédait un pouvoir agglutinant, très net, sur le bacille d'Eberth ; c'est pourquoi Lesieur se demande si l'abcès, « outre son influence sur l'élimination toxique, ne constitue pas un véritable laboratoire d'anticorps ».

Le Professeur Dieulafoy avait émis l'idée que l'abcès de Fochier agit surtout *par fixation leucocytaire* : puisque les globules blancs sont chargés des poisons de l'orga-

nisme infecté, la constitution et l'incision de l'abcès « réalisent une élimination toxique importante, soulageant l'organisme et diminuant le travail des voies d'excrétion normales ». Cette théorie complète la précédente : c'est la théorie modernisée de la métastase.

Pour Revilliod, l'abcès de fixation ne serait qu'un révulsif énergique qui agirait « par l'irritation des terminaisons nerveuses et les modifications vasculaires qui en résultent ».

Enfin, *la grande théorie phagocytaire* : l'abcès de fixation agit en augmentant les défenses de l'organisme et cela de deux façons :

1° Il provoque une augmentation des leucocytes ;

2° Il renforce le pouvoir bactéricide des sérums. Pour démontrer cette seconde action, le Professeur La Torre, de Rome, a trouvé une grande différence dans le pouvoir bactéricide du sérum des animaux qui, après une inoculation microbienne avaient reçu ou non une injection d'essence de térébenthine.

L'exaltation de cette propriété proviendrait de la présence dans le sang de substances nouvelles fabriquées au niveau de l'abcès par les leucocytes principalement : c'est, pour ainsi dire, « l'abcès laboratoire d'anticorps » de Lesieur.

Quant à l'augmentation des leucocytes, niée par certains expérimentateurs, affirmée par d'autres, elle serait, pour le plus grand nombre, variable suivant chaque malade (Boissard et Bonvoisin). D'autre part, nous savons que, dans chaque organisme, les leucocytes ont un indice opsonique qui diffère, suivant le malade et suivant le microbe.

Aucune de ces théories n'explique nettement le méca-

nisme intime de l'abcès de fixation et ne satisfait complètement l'esprit scientifique ; mais, toutes, la dernière surtout, contiennent certainement une part de vérité. Aussi, nous nous garderons bien de les rejeter en bloc ; nous essayerons simplement de faire de chacune d'elles une critique impartiale et de donner un avis basé surtout sur l'observation clinique.

La théorie de la fixation paraît, de prime abord, très satisfaisante : les microbes et les leucocytes chargés de principes nocifs sont éliminés avec le pus de l'abcès, et la guérison s'ensuit. Au gros argument, qui dit qu'on ne trouve jamais de microbes dans le pus, Lesieur, après Fochier et Carles, a répondu qu'ils devaient sans doute être détruits puisqu'il a trouvé du bacille d'Eberth dans le pus des abcès des typhoïdiques. Il est, de plus, un fait certain : après l'incision de l'abcès, on ne trouve plus, — dans le cas de streptococcémie, par exemple, — de streptococoques dans le sang. Pour toutes ces raisons, il semble que l'abcès de fixation doit contribuer, pour une large part, à l'élimination des microbes sinon de leurs toxines. Mais alors, étant donnée la facilité de reproduction des microbes, dans le sang circulant et au niveau des points infectés, plus on produit d'abcès, plus il y a d'émonctoires artificiels, et plus sûre doit être la guérison. C'est, d'ailleurs, la pensée de Fochier, qui recommandait de faire une seconde injection dès l'incision du premier abcès, et ainsi de suite tant que l'infection restait menaçante. Or, *il n'en est rien*, puisque la clinique nous a démontré qu'un seul abcès, lorsqu'il a bien pris, suffit en général à entraîner la guérison : c'est la pratique adoptée à la Maternité d'Alger, dont les statistiques ne sont point inférieures à celles des services obstétricaux, où sont appliqués les principes de Fochier. Autre argu-

ment, qui paraît logique : avec la théorie de l'abcès, émonctoire artificiel, plus l'infection est virulente, plus la collection doit être abondante, à cause du plus grand afflux de microbes vers le point traumatisé, tout au moins lorsque l'abcès a pris : il n'en est pourtant pas toujours ainsi.

Il nous semble, par conséquent, que la théorie de la fixation est bien boiteuse par certains côtés : elle ne peut que compléter la théorie qui accorde à l'abcès artificiel le pouvoir d'augmenter les défenses de l'organisme. En effet, les résultats cliniques — les auteurs sont d'ailleurs d'accord sur ce point — montrent de nombreuses malades guéries sans qu'on ait eu besoin d'inciser leur abcès. Par suite, certains praticiens recommandent de laisser les abcès évoluer sans intervenir. Il ne peut être question, dans ce cas, d'élimination de microbes ni de toxines par le pus de l'abcès : les émonctoires naturels ont alors, sans doute, fait le nécessaire.

Il devient donc évident que l'abcès, lorsqu'il aboutit à l'élimination d'une certaine quantité de pus ne fait que suppléer, qu'aider les émonctoires naturels ; or nous savons que, plus forte est la résistance de l'organisme, mieux ces émonctoires fonctionnent ; en somme, meilleure est la défense cellulaire locale. Si, par conséquent, dans le cas de non ouverture de l'abcès, la guérison s'obtient quelquefois, c'est que l'injection d'essence de térébenthine a provoqué, de la part de l'organisme, une réaction assez forte pour vaincre le marasme dans lequel l'avait plongé l'intoxication microbienne.

Par quel mécanisme cette réaction s'opère-t-elle ? Bien des hypothèses peuvent l'expliquer : le cadre trop restreint de notre travail nous empêche même d'effleurer la question ; il est possible que l'on doive aussi, en pareil

cas, accorder un certain crédit à la révulsion telle que l'indique Revilliod.

Sans éliminer aucune des théories passées en revue, nous dirons, que celle qui paraît la plus acceptable et la plus rationnelle, c'est la théorie phagocytaire complétée par les hypothèses de Lesieur.

Dans cette discussion, nous avons cru devoir laisser complètement de côté, les données que peut fournir le laboratoire, n'envisageant que les faits cliniques.

Nous rappelons que notre but, dans cette thèse inaugurale, n'était pas d'élucider complètement la question, si controversée, du mécanisme des abcès de fixation, mais d'en faire ressortir les excellents résultats par des observations recueillies à la Clinique obstétricale d'Alger.

CHAPITRE III

Les indications de l'Abcès de fixation dans la Septicémie puerpérale

Nous avons parlé de l'abcès de fixation en général.

Nous avons vu que Lesieur l'indique, dans la fièvre typhoïde « lorsqu'une complication intercurrente oblige à « suspendre la balnéation, l'infection demeurant menaçante ou lorsque, malgré toutes les thérapeutiques employées, on n'a aucune prise sur l'infection éberthienne « et que le pronostic reste sombre (forme ataxo-dynamique, stade amphibole avec accès fébriles répétés) ». Dans son « Livre du Médecin », le Professeur agrégé Castaigne dit que « dans les maladies aiguës en imminence « de suppuration ou au cours des maladies générales infectieuses, l'abcès de fixation ne doit pas être employé « à titre de médication systématique, mais n'est à utiliser que dans les cas exceptionnels, lorsque les traitements classiques ont échoué ou lorsqu'on redoute une « complication viscérale ».

Par conséquent, ces auteurs considèrent la méthode comme un pis-aller et, au cours des maladies infectieuses, aiguës, ne conseillent de l'employer que dans les cas désespérés. Dans la septicémie puerpérale, nous pensons, au contraire, d'accord avec notre Maître, M. le Professeur Rouvier, qu'il faut appliquer la méthode des abcès de fixation de façon presque systématique : ce qui est ailleurs

médication d'exception, doit être, ici, le complément indispensable des autres moyens thérapeutiques.

Mais il faut, avant tout, s'entendre sur ce qu'on veut appeler septicémie puerpérale.

Avant de se généraliser, toute infection puerpérale évolue localement pendant une période de durée variable durant laquelle on peut admettre une simple infection localisée à la zone génitale : il est alors inutile de provoquer un abcès et les soins locaux doivent seuls suffire.

C'est une grande erreur de croire, que grâce aux progrès des connaissances antiseptiques, soit en ville, soit même à l'hôpital, les accouchées sont soustraites à toute infection puerpérale ; on peut, au contraire, affirmer qu'une infection bénigne, le plus souvent apyrétique existe, surtout dans les classes laborieuses ou pauvres accouchant à domicile ou chez les parturientes entrant en travail dans les Maternités. C'est même là, pour ainsi dire, la règle chez les femmes ayant avorté. Ceci explique la fréquence des endométrites et des métrites chroniques d'origine puerpérale.

Et maintenant, si malgré ces infections fréquemment observées en clinique, le nombre des septicémies puerpérales généralisées est, fort heureusement, de plus en plus limité, cela tient à ce que beaucoup d'infections puerpérales localisées, peuvent évoluer bénignement et guérir sans soins ou, à plus forte raison, être guéries quand elles sont soumises de bonne heure à une thérapeutique efficace.

Or, dans cette thérapeutique efficace, il est évident qu'il n'y a nul besoin de faire entrer l'abcès de fixation.

Celui-ci instituant en somme une thérapeutique de défense générale encore plus que locale, ne devra donc être provoqué que lorsque les symptômes généraux rendent

évidente la généralisation du processus septicémique ; il est, par conséquent, impossible de préciser, de façon absolue, les indications pour l'application de la méthode de Fochier et c'est au praticien de savoir discerner, dans l'évolution de la maladie, le moment propice.

Cependant il nous paraît utile de distinguer deux cas d'ailleurs liés aux circonstances dans lesquelles se trouvent les malades :

1° *La malade est à l'hôpital.* — Elle y est entrée pour y accoucher. On a pu la suivre pas à pas, instituer un traitement local, dès les premiers symptômes d'infection. La conduite à tenir diffèrera évidemment, selon l'évolution de cette infection ou la rétrocession des phénomènes infectieux ; mais, dès que quelques symptômes de généralisation apparaissent, dès qu'on devine une allure aiguë de l'infection il ne faut plus hésiter : aux autres moyens thérapeutiques employés, il faut adjoindre, sans tarder, l'abcès de fixation.

2° *La malade est en ville ou vient de la ville.* — Dans ce cas, on ignore tout de la malade ; malgré l'interrogatoire on ne peut se rendre compte des conditions exactes dans lesquelles s'est produit l'accouchement, ni de l'évolution de la maladie ; s'il s'agit d'avortement, il est rare qu'on puisse savoir comment et par quoi il a été provoqué.

Si alors, la malade ne présente, à son entrée, que des symptômes d'infection légère, on appliquera, purement et simplement, le traitement local et général ; mais, si au bout de deux ou trois jours l'infection ne paraît point céder et surtout si la malade présente des symptômes d'intoxication tels que pouls rapide, dyspnée légère, on pratiquera l'abcès de fixation sans attendre davantage.

Lorsque, au contraire, la malade présente tous les symptômes d'une infection généralisée dès qu'on est appelé auprès d'elle, après avoir fait le traitement chirurgical d'urgence et institué un traitement général anti-infectieux (électrargol, sérum de Marmoreck) nous recommandons de pratiquer immédiatement l'injection de térébenthine.

En aucun cas il ne faut attendre pour employer la méthode, que les malades soient des mourantes ou qu'elles soient trop affaiblies : l'abcès de fixation n'agit pas, en effet, à la façon d'une piqûre d'éther ou d'une injection de sérum, ce n'est pas un remède pour agonisant puisqu'il base son action sur la réaction même de l'organisme.

La méthode telle que nous la suivons ne nous semble liée à aucune contre-indication. Les injections d'essence de térébenthine ne présentent aucun danger, on n'expose la malade à aucun risque : ni l'âge, ni l'altération du rein ne sont des contre-indications. L'abcès de fixation, surtout si on suit la technique que nous indiquons dans le chapitre suivant ne cause jamais d'accidents graves ; même dans un état général désespéré, on devra le faire car c'est peut-être, pour la malade, la seule planche de salut.

CHAPITRE IV

Technique de la méthode

Les substances successivement employées pour provoquer un abcès artificiel, sont fort variées : Fochier utilisa d'abord le sulfate de quinine intentionnellement acidifié, puis l'essence de lavande, l'essence d'origan, le xylol, enfin l'essence de térébenthine. Bondet, dans les bronchopneumonies, se servait de nitrate d'argent. De toutes ces substances, l'essence de térébenthine est, sans contredit, la meilleure et de beaucoup la plus employée. On se sert d'essence de térébenthine du commerce, de préférence vieille, c'est-à-dire ozonisée ; il est absolument inutile de la stériliser préalablement, bien qu'on ait accusé ce défaut de stérilisation d'être la cause de délabrements étendus, d'accidents phlegmonneux à allure envahissante qui avaient effrayé Branthomme et qui sont plutôt dus, croyons-nous, à un mauvais choix de la région et surtout à des injections mal faites ; en effet, à la Maternité d'Alger, malgré le nombre considérable d'abcès qu'on a pu suivre, on n'a observé aucun accident de ce genre.

Ceci dit, nous allons exposer la technique suivie à la Clinique Tarnier, à Alger.

1° *Quantité à injecter.* — On n'injecte jamais plus d'un centimètre cube d'essence à la fois. Nous n'ignorons pas que divers accoucheurs, et tout récemment encore Bois-

sard, préconisent des doses de 3 à 5 centimètres cubes ; si de telles doses n'ont, en effet, généralement aucun inconvénient, quoique nous les soupçonnions fort d'être une cause de délabrements étendus, la dose de 1 centimètre cube nous paraît suffisante pour atteindre le but qu'on se propose.

2° *Lieux d'injection.* — L'injection est poussée dans le tissu cellulaire sous-cutané ; comme Fochier, nous recommandons de pousser l'aiguille jusque dans la couche profonde voisine de l'aponévrose ; il faut éviter de pousser l'injection trop près du derme car l'abcès en devient beaucoup plus douloureux, par suite de la résistance qu'opposent les fibres denses du derme à se laisser refouler par les exsudats inflammatoires et de leur richesse en terminaisons nerveuses.

Dans quelle région faut-il faire l'injection ? Il suffit que l'injection soit faite en un point où l'abcès soit facile à surveiller, à panser et où il incommode moins la patiente, disent la plupart des auteurs ; c'est ainsi qu'on l'a pratiquée sous le sein, dans la paroi antéro-latérale du thorax ou de l'abdomen, au bras, en particulier, au niveau de l'encoche deltoïdienne, à la face antéro-externe de la cuisse. Pour nous, il n'y a, chez les puerpérales, qu'un seul lieu d'élection, c'est justement la face antéro-externe de la cuisse. Les raisons qui nous l'ont fait choisir sont nombreuses ; cette région répond à tous les desiderata : l'abcès formé et ouvert ne gêne nullement ou gêne très peu la patiente, et peut être surveillé et pansé sans qu'il soit besoin de trop secouer la malade ; de plus, à ce niveau, il n'y a pas de phénomènes de compression à craindre dans le décubitus dorsal imposé à la malade.

La région deltoïdienne du bras, offre, dira-t-on les

mêmes avantages ? Oui, sans doute, mais il arrive souvent, lorsqu'on emprunte cette région, que l'injection étant faite un peu trop en dedans, la suppuration fuse le long de la veine céphalique et donne un gonflement diffus du bras et de l'épaule qui, s'il n'a pas de conséquences bien graves, gêne tout au moins de façon considérable les mouvements de la malade et provoque souvent des douleurs intolérables. Quant aux autres régions, nous conseillons de les abandonner radicalement ; il ne peut, en effet, être question de pratiquer l'injection sous le sein, ce serait joindre à la tension pénible des canaux galactophores au moment de la montée laiteuse, une douleur bien plus pénible encore, celle que provoque l'abcès en voie de formation ; de plus, il ne nous paraît point prudent de déterminer, si près de l'organe lactateur, une usine à pus ; le tissu de la région est, en effet, trop lâche pour qu'il ne puisse pas se produire quelquefois des infiltrations ; enfin cette localisation mammaire apporterait de sérieux obstacles à l'allaitement maternel.

Nous nous élevons encore bien plus énergiquement, contre la pratique de Fochier. Ce clinicien prenait et conseillait comme lieu d'élection la paroi antéro-latérale de l'abdomen ou, pour plus de précision, le milieu de la verticale qui unit l'épine iliaque antéro-supérieure à la base du thorax ; il prétendait que, d'une part, l'abcès se formait ainsi assez haut pour ne pas gêner les explorations que l'on peut être amené à pratiquer sur la malade ; que, d'autre part, les malades n'en étaient point incommodées, et, enfin, raison importante, d'après lui, l'abcès était ainsi très voisin de la lésion utérine et agissait autant par « son action fixatrice que par une action révulsive marquée ».

Il oubliait sans doute qu'il pouvait avoir affaire à

des femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses, à des femmes qui, par conséquent, avaient leur paroi abdominale distendue et ayant pu être le siège de ruptures fibrillaires, autant aponévrotiques que musculaires, permettant une communication facile entre les divers plans ; témoin ce cas rapporté d'une péritonite chez une malade à la suite d'un abcès de fixation en bouton de chemise qui, après avoir traversé la gaine aponévrotique, avait infecté le péritoine. D'un autre côté, il est loin d'être prouvé qu'un abcès de fixation produit par une injection au niveau du point qu'il indique reste assez haut pour ne point gêner la palpation, si utile au point de vue des renseignements, d'un utérus de femme infectée ; le tissu cellulaire, chez la femme ayant supporté une grossesse surtout, au niveau de la paroi abdominale a ses mailles bien relâchées et l'abcès, au lieu de se circonscrire au point injecté, a, au contraire, une tendance à fuser en avant et en bas, d'où une gêne pour la palpation de l'utérus ; il peut aussi fuser en arrière et alors il s'ensuit une gêne considérable pour la femme qui est obligée de demeurer en décubitus latéral, le décubitus dorsal devenant trop douloureux.

Par conséquent, et nous ne saurions trop insister, le point qui nous semble être le lieu d'élection par excellence, c'est la face antéro-externe de la cuisse ; ici, rien à craindre au point de vue des complications possibles ; seule, une douleur un peu plus marquée que dans les autres régions, à cause d'une texture plus serrée des tissus, est peut-être à craindre ; mais nous verrons plus loin combien il est facile d'atténuer, voire même de calmer cette douleur qui, d'ailleurs, s'observe aussi bien quand on a choisi un autre point d'injection.

Nous nous sommes, comme on le voit, un peu étendu

sur ce point. Nous y attachons une grande importance, d'abord, parce que bon nombre d'auteurs ont l'air de n'y prêter qu'une médiocre attention ; ensuite, parce que nous jugeons qu'il ne faut rien négliger dans l'application d'une thérapeutique comme celle de l'abcès de fixation, pour se ménager le moins de surprises possibles.

3° *Répétitions des injections de térébenthine.* — C'est, là encore, un point brûlant de la technique de la méthode. Toutes les fois que l'affection est très grave ou lorsqu'une première injection n'a pas déterminé une réaction franche, il faut répéter l'injection douze ou vingt-quatre heures après, suivant la gravité du cas. « Ne pas craindre de faire quatre ou même six injections ». Voilà ce que répètent presque tous les cliniciens. Cette pratique nous semble discutable, et cela pour des raisons que la clinique nous a démontrées. D'abord, telle malade qui ne réagit pas immédiatement, réagit un peu plus tard et, dans ces conditions, l'essence de térébenthine ne se résorbant que fort lentement, en faisant une nouvelle injection au bout de douze ou vingt-quatre heures, on risquerait d'avoir deux abcès au lieu d'un seul. Pour Fochier et ses disciples, qui ne voient dans les abcès que des émonctoires à microbes et à poisons microbiens, cette circonstance apparaît comme un fait heureux ; pour nous, qui croyons que, des malades pouvant guérir sans qu'il soit nécessaire d'ouvrir leur abcès, celui-ci agit surtout par réaction phagocytaire plutôt que par fixation, cela nous paraît fâcheux. Ensuite, toutes les fois qu'aucune réaction n'est apparue à la suite de la première injection, ou que le premier abcès formé et incisé n'a pas donné de résultat immédiat, nous n'avons pratiqué la seconde injection qu'au bout de quelques jours et nous avons cependant obtenu d'excellents résultats : témoin

la malade de l'observation XII qui, après l'incision d'un premier abcès, n'a accepté une deuxième injection, au bout de huit jours, que parce qu'elle voyait sa fièvre persister ; cette deuxième injection a d'ailleurs entraîné un second abcès dont l'ouverture a coïncidé avec la baisse de température et une amélioration manifeste de l'état de la malade.

Il nous paraît donc absolument inutile de répéter les injections au bout de douze ou vingt-quatre heures et de produire des abcès multiples ; nos observations le prouvent. Lorsqu'une première injection n'a été suivie d'aucun effet immédiat, avant d'en faire une seconde, il vaut mieux attendre quelques jours, car il peut toujours se produire une réaction tardive.

4° *Précautions à prendre pour faire l'injection.* — On s'entourera des plus grands soins d'asepsie. On stérilisera, par l'ébullition, seringue et aiguille à injection ; puis, après lavage de la peau à l'alcool et application d'une légère couche de teinture d'iode, on procèdera à une désinfection soigneuse des mains. Pour faire l'injection, on pincera la peau entre le pouce et l'index de la main gauche, et on la soulèvera légèrement ; on se rendra ainsi plus facilement compte, au moment où on pousse l'aiguille qu'on ne dépasse pas le plan cellulaire sous-cutané mais aussi qu'on n'est pas dans le derme.

CHAPITRE V

I. — Évolution clinique des Abcès de fixation

L'injection de térébenthine pure dans les tissus peut entraîner :

Soit une réaction intense aboutissant à la formation de l'abcès ;

Soit une réaction ne se manifestant que par un simple empâtement des tissus sans formation de pus ;

Enfin, quelquefois, l'injection n'est suivie d'aucune réaction.

Nous verrons à quelle interprétation clinique correspond chacun de ces cas. Pour le moment, nous allons donner la symptomatologie de l'abcès en voie de formation.

SYMPTOMATOLOGIE

Douleur. — Le symptôme-signal qui, à distance plus ou moins éloignée du moment de l'injection annonce la réaction, c'est la douleur ; elle existe toujours et c'est l'un des reproches qu'on fait à la méthode de Fochier.

La durée de cette période douloureuse est assez courte et, à la condition de ne jamais injecter plus d'un centimètre cube à la fois, dépasse rarement vingt-quatre heures ; elle disparaît ensuite, peu à peu, ou devient très supportable.

Quant à son acuité, elle varie :

1° Avec la profondeur de l'injection ; lorsque celle-ci est faite sous l'aponévrose, la douleur est très vive ; elle est plus vive encore lorsque l'injection est faite trop superficielle et en partie dans le derme, si riche en terminaisons nerveuses. On voit ici, l'importance de la manœuvre que nous indiquons dans notre technique pour s'assurer que l'aiguille se trouve en plein tissu cellulaire sous-cutané ;

2° Avec l'intensité de la réaction. Aux abcès à évolution rapide et à grande extension correspondent évidemment les douleurs les plus aiguës ; les abcès à formation chronique ou subaiguë ne sont que très peu douloureux ;

3° Avec la sensibilité du sujet. C'est peut-être là, le facteur le plus important. Ce sont, en effet, les femmes névropathes que nous avons vues se plaindre le plus vivement de leur abcès : témoin la femme de l'observation XII (n° 1752, série II de la statistique). Lors de son premier abcès, elle avait accusé des douleurs intolérables, au point qu'elle avait refusé catégoriquement une deuxième injection. Se rendant compte de la gravité de son état, elle se laissa enfin piquer une seconde fois et avoua ensuite que son second abcès ne l'avait pas beaucoup fait souffrir. Or, ce second abcès avait évolué aussi bruyamment que le premier.

TUMEFACTION

Le second phénomène constant que traduit l'abcès c'est la tuméfaction. Elle se traduit dans les heures qui suivent l'apparition de la douleur par une sorte de placard induré, à limites vagues, pas toujours faciles à percevoir à la palpation, à cause de la douleur produite par l'examen et de la contracture des muscles sous-jacents.

Peu de temps après, cette tuméfaction se détache, pour ainsi dire, des plans profonds, forme une saillie appréciable à la main, sous forme d'un noyau dur, de la grosseur d'une noix à celle d'une orange.

FLUCTUATION

Arrivée au stade précédent, l'inflammation peut s'arrêter ; le noyau dur, se résorbe peu à peu et, au bout d'un certain temps, il ne reste plus qu'un nodule fibreux qui disparaît à la longue.

Mais, et c'est le cas le plus fréquent chez les malades réagissant bien, le plus souvent la tuméfaction évolue vers la suppuration. Dans les abcès à évolution régulière, apparaît, entre le troisième et le sixième jour en général, une fluctuation localisée d'abord au centre même du point tuméfié, puis étendue à la plus grande partie de la région tuméfiée.

Lorsque l'abcès est arrivé à son point culminant, on voit, à son niveau, la peau luisante, tendue, sur le point d'éclater. On verra, plus loin, quelle est, à ce moment la conduite à tenir.

En général, et sur ce point, nous sommes d'accord avec beaucoup d'auteurs, et Boissard en particulier, l'injection d'essence de térébenthine n'est pas suivie de phénomènes généraux surajoutés : il n'y a ni élévation de température, ni frisson, ni angoisse.

FORMES CLINIQUES

Dans sa thèse de Lyon, en 1909, Voiturier divise les abcès de fixation, suivant leur évolution, en deux groupes : abcès à évolution régulière et abcès à évolution irrégulière. Nous maintiendrons cette division ; mais,

dans le premier groupe, nous négligerons les abcès qu'il appelle « abcès à allure suraiguë ou phlegmonneux » ; nous ne nions pas qu'ils existent, mais à la Maternité d'Alger on n'en a jamais observé.

A. — *Abcès à évolution régulière.* — Ce sont ceux qui, après le processus inflammatoire du début arrivent, au bout d'un certain temps, à se collecter. Le temps qu'ils mettent pour arriver à suppuration est des plus variables : en général, c'est au bout du troisième ou quatrième jour, mais on a rapporté des cas où cette suppuration n'est apparue qu'au bout de trois mois. Nous n'avons jamais observé de cas semblables et, chez les infectées de la Maternité d'Alger, la suppuration, le plus souvent, est survenue entre le troisième et le dixième jour, le onzième jour au plus tard.

Comme nous le disions plus haut, Voiturier admettait trois formes d'évolution et distinguait :

Les abcès à allure suraiguë ou phlegmonneux ;
Les abcès à allure simplement aiguë ;
Les abcès à évolution lente, véritables abcès froids.

Trifon, dans sa thèse de Lyon de 1899, était allé plus loin et avait distingué quatre formes :

La forme de phlegmon diffus ;
La forme anthracoïde, correspondant à l'abcès suraigu de Voiturier ;
La forme d'abcès circonscrit ;
L'abcès froid.

Point n'est besoin, croyons-nous, d'établir des divisions aussi marquées, et les formes les plus communes sont certainement les abcès à allure aiguë et les abcès à évolution lente ; le phlegmon diffus de Trifon existe sans

doute, mais ce n'est, croyons-nous, qu'une complication due à une mauvaise technique, ou à un mauvais choix du lieu d'injection ; nous n'avons jamais eu à le noter, nos abcès ayant tous été provoqués à la face antéro-externe de la cuisse. Quant à l'abcès suraigu de Voiturier, nous ne voyons que difficilement ce à quoi il peut correspondre : « sa caractéristique, dit cet auteur, c'est d'évoluer avec des douleurs vives, de former une collection considérable, de rougir souvent la peau et de tendre à s'ouvrir rapidement au dehors ». Cette distinction, basée sur une plus grande acuité des douleurs et sur une plus grosse collection, nous semble bien factice et, cliniquement, il est certain que, malgré quelques variantes, les seules formes à considérer sont :

La forme à évolution aiguë ;
La forme à évolution lente.

1° *Forme à évolution aiguë.* — La douleur et l'empâtement suivent de très près l'injection de térébenthine. La douleur spontanée qui, comme nous l'avons dit, dépend de trois facteurs importants, peut disparaître au bout de douze ou vingt-quatre heures, ou persister plus longtemps, mais elle devient vite supportable ; la douleur, provoquée par la palpation ou la mobilisation, persiste jusqu'à l'évacuation du pus.

Au bout de trois ou quatre jours, l'empâtement du début se ramollit et on sent une fluctuation de plus en plus manifeste : dans le plus grand nombre des cas, nos abcès ont pu être incisés entre le cinquième et le dixième jour.

Il est probable qu'en attendant un peu plus longtemps nous aurions une plus grosse collection ; mais, comme nous l'indiquons plus loin, pour des raisons d'ordre cica-

triciel, nous n'attendons pas qu'il y ait, au niveau de l'abcès, menace de sphacèle.

2° *Formes à évolution lente.* — Ici la caractéristique c'est le peu d'intensité des douleurs et la lenteur avec laquelle se forme l'empâtement. La lenteur de la réaction peut s'expliquer par le moindre degré de l'infection ou la plus difficile défense ; quant à la douleur, son peu d'acuité, nous ne savons pas s'il faut les mettre sur le compte du peu d'intensité du processus réactif ou sur l'état nerveux spécial de la malade ; nous avons vu, en effet, des malades chez lesquelles ces formes à évolution lente provoquaient des douleurs intolérables.

Quoi qu'il en soit, nous nous refusons à donner à ces formes le qualificatif d'abcès froids, que leur donnait Voiturier, car nous avons toujours constaté, au niveau du point injecté une plus intense vascularisation et une température locale plus élevée que sur les autres points du corps.

Dans ces formes à évolution lente nous ferons entrer les formes à évolution retardée : il arrive, en effet, et nous l'avons déjà indiqué, que la première injection tarde à produire une réaction. Dans certains cas, la réaction n'est apparue qu'au bout de six à huit jours ; c'est sur eux qu'est basée la technique en usage à Alger où il est recommandé de ne jamais répéter l'injection dans le cas d'insuccès de la première, que dans un délai plus ou moins rapproché.

B. — *Abcès à réaction irrégulière.* — Nous n'avons jamais observé ce que Voiturier appelle « des abcès à poussées successives », c'est-à-dire ceux où la réaction, après avoir paru prendre, dès le début, une allure franchement aiguë, se calme et paraît vouloir s'arrêter, pour reprendre

au bout de quelque temps et ainsi de suite. Mais nous avons, par contre, observé des abcès à évolution interrompue : ce sont ceux où la douleur et l'empâtement apparaissent dans les premières heures qui suivent l'infection puis s'arrêtent avant que l'empâtement ne soit limité et la collection ne soit faite.

Tout ce que nous venons de dire se rapporte aux cas où l'injection d'essence de térébenthine a provoqué une réaction quelconque : il est des cas, hélas ! encore nombreux, où aucune réaction ne suit l'injection.

II. — De la conduite à tenir en face d'un abcès évoluant régulièrement

Comme nous l'avons déjà dit, le symptôme important est ici la douleur ; si on n'y prenait garde, elle deviendrait, quelquefois, tout au moins chez certaines malades, intolérable au point d'arracher des cris et de provoquer même des syncopes ; c'est là, d'ailleurs, le grand reproche qu'on fait à la méthode.

A la Maternité d'Alger, quel qu'ait été le degré d'acuité de la douleur au début, nous l'avons généralement vue céder aux larges applications humides et chaudes. Dès que cette douleur apparaît, annonçant une réaction probable, on fait ces applications, sur toute la cuisse et de façon continue. On ne peut que bien se trouver d'une telle pratique, car, déterminant une vascularisation plus intense de la région et par conséquent un apport leucocytaire plus grand, elle ne peut qu'aider à la formation

du pus. Dans le cas de femmes névropathes invétérées, on peut lui associer un peu de morphine.

Faut-il inciser l'abcès et quand doit-on l'inciser ?

Certains cliniciens ont prétendu que, le pus de l'abcès étant stérile, il était inutile d'inciser l'abcès ; ils le laissent évoluer spontanément jusqu'à ce qu'il s'ouvre de lui-même.

Nous ne sommes pas de cet avis et voici pourquoi : lorsque, dans certains cas, où l'état général restant grave, nous avons voulu retarder l'incision et que l'abcès s'est ouvert de lui-même, dans la nuit, nous avons vu une large plaque de sphacèle se produire et la cicatrisation mettre alors un temps infini à se faire ; de plus, il est certain qu'en pareil cas, si on néglige tant soit peu les soins d'asepsie, des infections secondaires peuvent se greffer sur l'abcès artificiel et entraîner une recrudescence des phénomènes généraux. En tous cas, il se formera un décollement étendu de la peau, conséquence toujours bien fâcheuse.

Par conséquent, il vaut mieux intervenir.

Pour le moment de l'intervention, il ne faut point se hâter. En effet, plus on attend, mieux l'abcès est collecté et plus simples sont les suites. Comme le fait remarquer Carles, en incisant trop tôt on obtient un pus séreux, mal lié, et les parties sphacélées de la poche moins divisées, sont plus longues à s'éliminer. D'autre part, une incision trop précoce peut arrêter le processus réactif de l'organisme et, s'il est vrai, que l'abcès est « un laboratoire d'anticorps » diminuer d'autant la quantité de ces anticorps. On se basera surtout sur l'état général de la malade et l'état de la peau au niveau de l'abcès. Dès que les symptômes généraux semblent s'amender et que la

fluctuation existe nettement, il n'est pas nécessaire d'attendre davantage ; mais, lorsque l'état général continue à rester mauvais, il est préférable d'attendre que la peau soit amincie en un point, prête à s'ulcérer.

Comment ouvrir un abcès ?

Il est absolument inutile de faire une grande incision, comme le recommande Branthomme ; c'est d'abord douloureux et c'est ensuite ouvrir une porte plus large aux infections secondaires toujours possibles. Une simple ponction au bistouri est largement suffisante, surtout si l'on a attendu le moment propice pour intervenir.

La ponction faite, il est inutile de presser la poche pour évacuer le pus, manœuvre très douloureuse. Ce qui est à recommander c'est l'effondrement, à l'aide d'une sonde cannelée qu'on passe à travers l'ouverture, des cloisons qui peuvent diviser la cavité de l'abcès en plusieurs loges.

Il est bon aussi de placer un drain qui permettra une évacuation plus régulière et plus complète du pus de l'abcès.

L'incision faite et le drain placé, il faut, tant que le pus s'écoule, s'astreindre à une grande asepsie : le pansement sera changé, au début, deux fois par jour, puis une fois par jour seulement, en prenant des précautions aussi minutieuses que possible ; on pourra, à la fin, lorsqu'il ne s'écoule plus qu'un peu de sérosité, laver la cavité à l'eau oxygénée.

CHAPITRE VI

Résultats obtenus à la Maternité d'Alger
Observations

Nous avons choisi, parmi toutes celles recueillies, les plus probantes.

Observation I (552, série II)

Forceps à la vulve pour inertie utérine. – Infection puerpérale Abcès de fixation. — Mort.

S... Léonie, primipare de 18 ans, entre, salle Dubois, le 9 mai 1912, à 1 heure du matin, en travail depuis le 7 au soir.

Antécédents héréditaires. — Mère décédée de pneumonie, père vivant et bien portant, 5 frères ou sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Syphilis récente, contractée pendant la grossesse.

Bassin normal. — Rupture prématurée des membranes. — A son entrée, le col est effacé et aminci, la dilatation est comme une pièce de 1 franc. Les bruits du cœur fœtal sont bons. On abandonne le travail à lui-même. Les douleurs se succèdent toute l'après-midi. A 15 heures, la dilatation est complète ; mais, la femme étant épuisée, les douleurs expulsives s'arrêtent et, à 17 heures, par une application de forceps à la vulve, on extrait un enfant vivant du poids de 2 kil. 100. Délivrance spontanée ; poids du placenta : 615 gr.

Le troisième jour après l'accouchement, élévation brusque de la température à 40°4. Utérus en subinvolution, douloureux au palper. Col largement ouvert, lochies fétides et purulentes.

La température reste très élevée, malgré le traitement anti-infectieux énergique effectué :

Sérum antistreptococcique, 20 cc. matin et soir intra-veineux. Electrargol, 10 cc., matin et soir. Injections intra-utérines à la liqueur de Tarnier.

Le 12 mai. — Aucune amélioration ne s'étant produite, on fait un abcès de fixation : injection de 1 cc. d'essence de térébenthine.

Aucune réaction locale ne se produit. Pas de phénomènes douloureux, pas d'inflammation ni de lymphangite au niveau de la piqûre. On continue le même traitement général. La température se maintient, les jours suivants, entre 39 et 40 et, malgré tous les soins, la femme succombe le 22 mai.

Observation II (1073, série II)

Infection puerpérale post partum. – Abcès de fixation. Mort.

R... Rosalie, 30 ans, primipare, entre au Pavillon Tarnier, le 23 juin 1913, pour infection puerpérale post-partum.

Antécédents pathologiques. — Néant.

Antécédents héréditaires. — Rien de bien particulier à signaler. Père mort d'affection inconnue. Mère vivante et bien portante, deux frères vivants et en bonne santé.

La grossesse a évolué normalement. Bassin bien conformé. Accouchement normal en ville (présentation du sommet), le 11 juin. Délivrance spontanée.

Cinq jours après l'accouchement, elle est prise, dans la soirée, d'un grand frisson, avec élévation brusque de température.

La température persiste et les frissons se renouvellent tous les soirs. Le médecin traitant fait des injections intra-utérines et, quelques jours après, envoie la malade à l'hôpital.

A son arrivée, état général mauvais.

Température 40°4. Pouls petit : 140. Utérus en subinvolution, lochies purulentes, mais peu fétides.

Langue saburrale ; bruits du cœur un peu sourds.

Traitement : injections intra-utérines au Tarnier. Sérum de Marmoreck intra-musculaire, 20 cc. matin et soir. Huile camphrée, 5 cc. toutes les trois heures.

24 *juin.* — Abcès de fixation : injection sous-cutanée à la région externe de la cuisse droite de 1 cc. d'essence de térébenthine.

Même traitement.

Température : matin, 39°5 ; soir, 39°6. Pouls : 120.

25 *juin.* — Aucune réaction locale au niveau de la piqûre. Etat général un peu moins mauvais.

Temp. : matin, 38°4 ; soir, 39°6. Pouls : 120.

Electrargol, 20 cc. intra-veineux. Sérum antistreptococcique 40 cc. Huile camphrée.

26 *juin.*— L'état de la malade ne paraît pas s'être amélioré. L'abcès de fixation n'a pas pris. Pronostic très sombre. On continue le même traitement.

Température : 39°6, matin et soir. Pouls : 140.

27 *juin.* — Température : matin, 40°2 ; soir, 40°8. Pouls : 124.

28 *juin.* — Température : matin, 39°2 ; soir, 39°8.

30 *juin.* — Température : matin, 38°6 ; soir, 40°5.

1er *juillet.* — Etat général mauvais, malgré le traitement énergique effectué. Baisse brusque de la température. Pouls rapide et petit.

Température : matin, 38°2 ; soir, 37°8.

Dans les jours suivants, la température s'élève à nouveau, le pouls devient imperceptible et la malade quitte le service le 4 juillet, emmenée par sa famille et dans un état désespéré.

Observation III (1691, série II)

Accouchement fait en ville. — Rétention placentaire totale. — Délivrance artificielle. — Infection puerpérale grave. — Abcès de fixation.

Le 30 *septembre* 1914, entre, à la clinique Tarnier, la dame C... Marie, primipare, qui a accouché le même jour, en ville, pour rétention placentaire totale. L'accouchement a été spontané, mais une sage-femme d'abord, un médecin ensuite, ont en vain essayé de faire la délivrance artificielle. Dès l'entrée dans le service, on fait cette délivrance artificielle, sous anes-

thésie générale ; une partie du placenta est enchâtonnée dans la région de la corne utérine gauche ; les membranes sont dilacérées. L'opération est évidemment suivie de grandes irrigations utérines, avec le liquide de Tarnier fort.

Les 1er *et* 2 *octobre*, même traitement ; comme, de plus, le col est en assez mauvais état, on fait un pansement au thigénol, le premier jour, puis des attouchements à la teinture d'iode ; le soir du 2 octobre, la température est à 38°.

Les 3 *et* 4 *octobre.* — On continue le même traitement. Des débris de membranes sont expulsés à chaque injection intra-utérine, mais les pertes ne sont pas fétides ; l'état du col est de plus en plus mauvais : on le panse au sérum antistreptococcique. Dans la journée du 4, la malade a un frisson violent, avec une élévation de la température à 40°4 ; l'évolution utérine reste bonne et les pertes ne sont toujours pas fétides.

Le 5 *octobre.* — Le traitement est encore le même. La température, qui est tombée dans la nuit à 37°4, reste oscillante, sans atteindre 40° ; le pouls restant bon et la malade accusant, entre les accès fébriles, une sensation de bien-être et un état général très bon, bien que les accès n'aient pas l'allure du paludisme franc, on donne de la quinine.

Le 7 *octobre* apparaît un peu d'herpès autour de l'orifice des narines ; la malade a une langue saburrale, mais ne présente rien d'anormal du côté des divers appareils ; le pouls restant bon, on continue le traitement mais on y associe des injections d'électrargol intra-veineuses (20 cc.).

A partir du 9 octobre, la température se maintient au-dessus de 39° et, le 12, on se décide à faire une injection d'essence de térébenthine de 1 centimètre cube : elle provoque un abcès qu'on incise le 15 octobre au soir, sans qu'il s'ensuive une baisse de la température ; l'état général semble cependant un peu meilleur.

On continue à donner à la malade, avec le traitement local et général du début, des stimulants généraux : acétate d'ammoniaque, huile camphrée. La température reste toujours aux environs de 39°, le pouls à 110, 120.

Brusquement, le 20 octobre, l'état général devient mau-

vais : la malade présente un peu de dyspnée, mais cependant, jusqu'au 30, rien de trop alarmant, et le traitement reste le même. Mais, dans les premiers jours de novembre, s'aggravent les symptômes : quinine, aspirine, sérum de cheval, sérum antistreptococcique, rien n'y fait ; et on se décide à faire, le 11 novembre, une deuxième injection. Cette fois, pas de réaction et la femme sort, le 15 novembre, dans un état complètement désespéré.

Observation IV (1052, série II)

Congestion pleuro-pulmonaire grippale. — Avortement spontané de 5 mois. — Infection puerpérale. — Abcès de fixation. — Guérison.

Le 16 mai 1914, entre, au pavillon Tarnier, la nommée V... Marie, IV pare en travail d'avortement.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants à signaler.

Comme antécédents personnels, nous relevons une fièvre typhoïde à 14 ans. Trois accouchements antérieurs à terme et eutociques.

La malade entre à l'hôpital pour une fièvre continue qui avait débuté, il y a une douzaine de jours, par de la céphalée, de violentes douleurs articulaires dans les lombes et au niveau des genoux. Une fièvre élevée, sans frisson, accompagnait ces phénomènes douloureux.

Quelques heures après son entrée, elle expulse un fœtus du poids de 540 grammes ; délivrance normale, poids du placenta : 160 grammes.

17 *mai*. — A 8 heures, température 39° ; pouls petit, rapide, 120 pulsations ; dyspnée considérable. Langue saburrale. Constipation opiniâtre, teinte subictérique des téguments et des conjonctives palpébrales.

A l'auscultation, on constate :

Submatité aux deux bases pulmonaires.

Exagération des vibrations vocales.

Obscurité respiratoire avec bronchophonie et retentissement vocal.

Râles sibilants et ronflants disséminés sur toute la hauteur des deux poumons en arrière.

Respiration complémentaire au sommet droit.

Foie : volumineux, débordant légèrement le rebord des fausses côtes, mais non douloureux.

Cœur : bruits bien frappés, mais rapides.

Traitement : acétate d'ammoniaque. Alcoolature d'aconit. Ventouses. Spartéine et strychnine. Huile camphrée.

Dans la soirée, l'état général est plus mauvais que le matin. La dyspnée est intense.

Température : 40° ; pouls 120.

Ventouses. Oxygénothérapie sous-cutanée.

Electrargol intra-veineux 20 c. c.

18 *mai.* — Utérus volumineux, lochies fétides ; injection intra-utérine à la liqueur de Tarnier.

La température baisse légèrement, pour remonter dans la journée du 20 à 39°.

20 *mai.* — Peu de modifications du côté des poumons : obscurité respiratoire, quelques crépitants à la base gauche.

Analyse des urines. Pas d'albumine.

La température oscille entre 38° et 39°. Pouls petit, rapide, arythmique.

Electrargol. Huile camphrée.

Crachats mucqueux, épais, blanchâtres, très adhérents, teinte légèrement rouillée.

Au microscope, on y retrouve des saprophytes nombreux, des pneumocoques et quelques amas de tétragènes.

Cœur un peu mou, bruits légèrement assourdis. Réflexe oculo-cardiaque négatif.

21 *mai.* — Etat stationnaire. Même traitement. Digitaline pendant cinq jours (V gouttes par jour). Ventouses scarifiées.

Du 21 au 24 mai, la température reste stationnaire, ainsi que l'état général. Puis, brusquement, le 25, elle monte à 40°. On fait alors un examen des voies génitales ; on constate un utérus en subinvolution, avec col largement ouvert, lochies fétides. Rétention de lochies, par suite d'une antéver-

sion marquée de l'utérus. On fait alors un écouvillonage à l'iode, une injection intra-utérine au Tarnier et du sérum de Marmoreck matin et soir. Drainage de l'utérus.

Le 28 mai, aucune amélioration ne s'étant produite, on fait un abcès de fixation avec un centimètre cube d'essence de térébenthine dans la région antéro-externe de la cuisse.

Cet abcès prend bien ; on calme la douleur avec quelques compresses chaudes dans les journées qui suivent.

Le 31 on incise cet abcès qui donne issue à un pus bien lié, avec quelques bourbillons graisseux. Petit drain à demeure. Pansements secs.

La température tombe à 37 quelques jours après et la convalescence s'installe, la femme quitte finalement le Service, dans le courant du mois de juin, complètement rétablie.

Observation V (1039, série II)

Infection puerpérale. — Phlegmon du ligament large incisé. — Abcès de fixation. — Guérison.

Le 30 mai 1913 entre à Tarnier une IV pare de 30 ans, Rosa ben A..... qui a accouché, il y a quatre jours, d'un enfant à terme, mort et macéré.

Les trois grossesses antérieures se sont terminées par des accouchements à terme et eutociques (sommets).

A son entrée dans le service, la température est 40° ; le pouls, petit, très rapide, 120. A l'examen local, on constate un utérus volumineux avec col ouvert, lochies fétides. Rien dans les culs de sacs. Ventre souple, non douloureux au palper.

Traitement d'urgence : huile camphrée, injection intra-utérine au Tarnier. Electrargol intra-veineux 20 cc.

La température restant élevée pendant les jours suivants et se maintenant au voisinage de 39°, on fait, le 3 juin, un abcès de fixation dans la région antéro-externe de la cuisse avec 1 cc. de térébenthine. L'abcès prend bien, la température s'abaisse progressivement et se maintient au-dessous de 37°, après incision de l'abcès, le 7 juin.

Mais cette amélioration n'est que de courte durée.

Le 11 juin. — Elévation brusque de la température (39°). Au toucher, on sent un empâtement douloureux dans le cul de sac latéral gauche.

La malade, très fatiguée, a des frissons quotidiens, pendant les jours qui suivent ; aussi, le 13, se décide-t-on à lui faire un deuxième abcès de fixation, en même temps, qu'on lui applique une poche de glace sur le ventre.

Cet abcès prend aussi bien que le premier ; on l'incise et on le draine le 18 juin et, le 21 juin, la température s'abaisse à 37° pour s'y maintenir.

Malheureusement, l'infection s'est localisée au ligament large du côté gauche et a produit un phlegmon du ligament large que l'on fut obligé d'inciser par la voie abdominale et qui guérit, longtemps après, dans le Service de chirurgie où la malade avait été évacuée.

Observation VI (738, série 11) Résumée

Eclampsie du travail. — Version par manœuvres internes. — Infection puerpérale généralisée (staphylococcémie).—Abcès de fixation. — Guérison.

La femme O..., Th., primipare, 19 ans était hospitalisée, salle Dubois, le 19 octobre 1912, dans la première quinzaine du huitième mois de la grossesse.

L'analyse des urines, faite régulièrement, tous les huit jours, n'ayant jamais rien révélé d'anormal, la femme suivait un régime ordinaire.

Dans la nuit du 16 au 17 novembre, elle entre en travail. Le travail marche tout d'abord normalement puis, dans la journée du lendemain, l'inertie utérine se manifeste en même temps que la malade présente des signes nets de la période préeclamptique : troubles de la vue, sensation de barre épigastrique, céphalée violente ; et, à 22 heures, une crise d'éclampsie se déclare. M. le Docteur Laffont, chef de clinique, immédiatement prévenu, termine l'accouchement par une version par manœuvres internes. Enfant vivant, du sexe féminin du poids de 2 kil. 550.

Les accidents convulsifs sont rapidement enrayés, grâce à la méthode du Professeur Rouvier, par la morphine (0 gr. 045) et ses adjuvants : grands lavages, helmitol.

Le 21 novembre. — Le quatrième jour après l'accouchement, la température s'élève, la femme se plaint de violentes douleurs abdominales. Température : 39°. Pouls rapide : 120. Pas de frissons.

Glace sur le ventre. Huile camphrée.

23 *novembre.* — A l'examen local, on constate un utérus volumineux en subinvolution avec col largement ouvert. Lochies purulentes et fétides.

Injection d'électrargol 10 c. c. Huile camphrée.

26 *novembre.* — Pas d'amélioration ; on se décide à faire à la malade un abcès de fixation avec 1 cc. de térébenthine.

Dans les jours suivants, la température s'élève jusqu'à 40° et au-dessus, malgré le traitement continu de l'endométrite et la médication anti-infectieuse.

L'hémoculture, faite en gélose peptonée, révèle la présence, dans le sang, de staphylocoques : 25 colonies au centimètre cube.

29 *novembre.* — L'abcès, qui a pris, est bien collecté, fluctuent. On l'incise avec la pointe d'un bistouri, on draine.

La température baisse en lysis dans les jours suivants et atteint 37°, le 3 décembre. La convalescence s'établit, troublée seulement, du 4 au 8 décembre, par une petite poussée de congestion pulmonaire.

Observation VII

Accouchement spontané. — Circulaire cervical réductible. — Lochiométrie. — Drainage précoce. — Septicémie puerpérale. — Abcès de fixation. — Guérison.

A... Caroline, entre le 8 janvier 1915. C'est une multipare qui a eu quatre grossesses antérieures, dont une gemellaire normale et à terme. Tous ses accouchements ont été eutociques, sauf le deuxième où, pour inertie utérine, il a fallu appliquer un forceps.

Elle présente un bassin limite avec promonto-pubien minimum ayant 9 cent. 5.

Le 31 *janvier*, l'accouchement se fait, spontané, avec une durée totale du travail de quatre heures et demie : délivrance normale.

Le 4 *février*, les lochies sont légèrement fétides, le col reste entr'ouvert et l'utérus est en subinvolution. Le soir du même jour, elle a un frisson, suivi d'une élévation de température à 39°8 et d'une accélération du pouls qui atteint 120 pulsations.

Le 5 *février*, on fait une injection intra-utérine et on applique un ovule iodoformé : le diagnostic d'endométrite est posé.

Les 6, 7, 8 *et* 9 *février*, on continue d'appliquer le même traitement. La température était tombée au-dessous de 39° et, le 6, elle était même tombée jusqu'à 37° ; mais le pouls demeurait rapide.

Le 10 *février*, la température remonte de 38°2 à 40°2 ; au traitement déjà institué on associe le drainage de la cavité utérine mais, malgré quelques oscillations de la courbe thermique, l'état de la malade reste le même.

Le 13 *février*, on fait alors une injection de 1 cent. cube d'essence de térébenthine : l'abcès de fixation se forme rapidement et on l'incise quatre jours après, c'est-à-dire le 17 février. La température qui, la veille au soir, était encore de 39°6, tombe, le soir du 17, à 36°8. Le lendemain, la température se maintient au-dessous de 37° et le pouls ne bat plus qu'à 90. Les jours suivants, l'amélioration s'accuse de plus en plus ; on continue cependant à appliquer le traitement local jusqu'au 28 février.

La malade sort complètement guérie le 8 mars et son abcès est en voie de cicatrisation ; depuis le 1er mars, on le pansait à l'eau oxygénée.

Observation VIII (1773, série II)

Accouchement normal en ville. — Hémorragies et septicémie puerpérale consécutives. — Abcès de fixation. — Guérison.

La nommée A... Louise, primipare, âgée de 28 ans, entre dans le pavillon Tarnier, le 18 novembre 1914.

Dans ses antécédents héréditaires, on trouve que le père est mort d'un néoplasme de l'estomac ; dans ses antécédents personnels, on note une pneumonie à 24 ans.

Elle a accouché normalement et à terme, en ville, le 12 novembre et nous arrive avec le diagnostic d'hémorragies utérines et d'infection puerpérale.

La malade a, en effet, une température de 38°6 ; un pouls rapide ; un facies altéré et des lochies sanguines, non fétides, Le toucher montre un col entr'ouvert, le palper un utérus un peu volumineux.

On donne immédiatement une injection intra-utérine et, comme elle ramène des débris de membranes, on pratique aussitôt après un curettage, avec la curette de Wallich.

Du 18 au 24 novembre, l'état de notre malade reste stationnaire et la température oscille de 37°5 à 39°, malgré le traitement local continué ; aussi, le 24, on fait une injection intra-veineuse d'électrargol et, en même temps, de sérum antistreptococcique.

Le 25 novembre, au soir, la température remonte à 39°8, l'état général étant toujours mauvais, on provoque alors un abcès de fixation qui évolue un peu lentement, mais qu'on peut inciser, le 30 novembre. On ne constate cependant pas une grande amélioration de la malade. La température, qui était tombée le lendemain de l'incision à 37°2, remonte, sur le soir du 3 décembre, à 40°2 et l'état général semble devenir plus mauvais, cependant que du côté utérin tout semble rentré dans l'ordre. On avait, évidemment, continué le traitement local. On se décide à faire un second abcès artificiel qui évolue bien plus lentement que le premier mais qui aboutit à une collection assez importante que l'on incise le 12 ; depuis le 10, on avait abandonné le sérum qui avait provoqué quelques accidents chez la malade.

Après l'incision de ce second abcès, la température, tombée à 37° s'y maintient, et les phénomènes dénotant l'infection généralisée ont disparu.

L'état de la malade reste cependant précaire ; elle présente en effet des symptômes pulmonaires et on l'évacue dans un Service de médecine.

Observation IX (1020, série II)

Avortement provoqué. — Infection. — Abcès de fixation. Guérison.

G... Thérèse, 28 ans, IIIpare, VIIgeste.

Rougeole en bas-âge, fièvre typhoïde à 18 ans. Dernières règles 27 au 30 mars 1913.

Le 16 mai 1913, introduction dans le col utérin d'une sonde en gomme. La malade se couche, et la fièvre débute par un frisson violent, dans la matinée du lendemain. Quelques pertes rouges avec débris organisés, éliminés par les lavages. La température baisse légèrement, pendant un jour ou deux, pour s'élever de nouveau, le 20 mai, et décider la malade à entrer à l'hôpital.

21 *mai.* — A son arrivée, température 40°4. Pouls : 100. Utérus un peu globuleux, s'élevant à un travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Col dans toute sa longueur. Orifices fermés. Ventre souple et non douloureux.

Le col, non perméable, ne permet pas le passage d'une sonde intra-utérine. Il présente une petite érosion infectée que l'on panse à la teinture d'iode.

Culs de sacs vaginaux libres.

Injections vaginales. Ovules iodoformés.

Electrargol intra-musculaire 10 cc., matin et soir.

22 *mai.* — Température : matin 38°1, soir 39°4. Quelques pertes rouges. Même traitement.

23 *mai.* — La malade a perdu toute la nuit.

Température, matin : 38°2.

Dans l'après-midi, sous anesthésie au chloroforme, dilatation du col aux bougies de Hégar et curettage qui ramène

de nombreux débris organisés et infectés. Ecouvillonage soigneux de la cavité utérine. Mèche de gaze iodoformée dans le col.

Température, soir : 38°4.

24 *mai.* — La température baisse progressivement.

Traitement anti-infectieux : injections intra-utérines. Electrargol 20 cc. par jour. Sérum antistreptococcique 20 cc. matin et soir.

27 *mai.* — Matin 36°8. La femme se sent mieux et passe une journée calme. Dans la soirée, elle est prise d'un violent frisson. La température s'élève à 40°8. On fait une instillation d'iode dans la cavité utérine.

Même traitement général. 0 gr. 50 de quinine.

28 *mai.* — La température restant élevée, 39°4 matin et soir, on décide de faire un abcès de fixation. Injection sous-cutanée d'un centimètre cube de térébenthine dans la région externe de la cuisse.

29 *mai.* — L'abcès a pris. Réaction inflammatoire très douloureuse, au niveau de l'injection. On calme la douleur par des pansements humides très chauds.

Même traitement général :

La température se maintient au voisinage de 39°, pendant deux jours.

31 *mai.* — On incise l'abcès de fixation avec la pointe d'un bistouri. On débride à la sonde cannelée. Il s'écoule une grande quantité de pus bien lié, avec quelques bourbillons de tissu adipeux. On laisse, pendant vingt-quatre heures, un petit drain dans la plaie.

Le 1er *juin*, la température baisse jusqu'à 37°4, s'y maintient deux jours et tombe finalement au-dessous de 37.

Pansement de la petite plaie à l'eau oxygénée et à la teinture d'iode. Etat général excellent.

3 *juin.* — Plus de traitement général. Suppression de l'électrargol.

La malade quitte le service le 14 juin, complètement rétablie.

Observation X (1844), série II)

Accouchement en ville. — Endométrite puerpérale avec température élevée. — Abcès de fixation. — Guérison.

La nommée V..... Françoise, primipare, âgée de 20 ans, entre au pavillon Tarnier, le 14 janvier 1915, avec le diagnostic d'infection puerpérale : elle a accouché en ville, spontanément et à terme, huit jours avant.

A l'examen, on constate un utérus volumineux débordant de trois travers de doigt la symphyse pubienne ; le col est tuméfié et largement ouvert ; au niveau de la fourchette, on aperçoit deux ulcérations.

Les lochies sont épaisses et purulentes, mais non fétides.

La température, prise peu de temps après l'entrée de la malade, est de 40°6, le pouls est à 110.

On fait, immédiatement, une injection intra-utérine suivie d'un écouvillonnage soigneux qui ramène des débris organisés. Le soir, on fait une nouvelle injection intra-utérine, suivie de badigeonnages du col à la teinture d'iode et de l'électrargol intraveineux.

Jusqu'au 18, bien que la température continue à rester oscillante au-dessus de 38° on continue ce même traitement.

Le 19 janvier, l'état général paraissant empirer, nous injectons, toujours sans négliger le traitement local et général, 1 cent. cube d'essence de térébenthine. L'abcès de fixation prend très bien et, le 22, au soir, nous pouvons l'inciser.

Le 24, la température tombe à 37° et se maintient ainsi jusqu'au 26 au matin. L'état général de la malade est redevenu bon, le pouls ne bat plus qu'à 85.

Brusquement, le 26 janvier, au soir, la malade, prise de frissons, fait une nouvelle poussée à 39°. Cependant, du côté de l'utérus, plus rien d'alarmant ; et on nous dit que la malade a pris froid dans la journée. De fait, pendant cinq jours, elle fait une bonne poussée de grippe qui se termine heureusement, dans la journée du 30 janvier. La température est revenue normale et la malade reprend bien ses forces.

Son abcès de fixation est pansé quotidiennement.

Elle sort, en très bon état, le 10 février 1915.

Observation XI (1760, série II)

Accouchement en ville à terme. — Endométrite et septicémie puerpérale. — Sérothérapie. — Abcès de fixation. — Guérison.

S..... Mercédès, primipare, âgée de 18 ans, avait accouché, chez elle, normalement, avec délivrance immédiate, le 9 novembre 1914, à 8 heures du matin. Le même jour, et malgré les soins que lui avait prodigué une sage-femme, à 14 heures, elle est prise de violentes tranchées utérines, suivies d'expulsion de caillots et d'une élévation de la température à 40° ; ce n'est que le 14 novembre qu'elle fait appeler un médecin qui lui conseille d'entrer immédiatement à l'hôpital où elle arrive, dans le pavillon Tarnier, à 16 heures.

La malade a un ventre ballonné et douloureux ; un utérus volumineux ; le toucher révèle un col ouvert ; les lochies sont fétides. L'état général est assez bon, mais la température atteint 39° et le pouls est à 110.

Elle nous dit avoir perdu les eaux, dix-neuf heures avant l'apparition des premières douleurs ?

Le diagnostic d'endométrite, avec tendance à la septicémie puerpérale est posé.

Jusqu'au 18 novembre, on applique uniquement le traitement local : injections intra-utérines, écouvillonnage de la cavité à la teinture d'iode, glace sur le ventre. Des fausses membranes apparaissent sur le col.

Le 19 novembre, la température atteignant 40° et le pouls étant très rapide, bien que l'état général ne soit pas alarmant, on injecte 1 cc. d'essence de térébenthine ; l'abcès prend bien et, au bout de six jours, on l'incise. La température qui, le jour de l'incision, était tombée à 37°2, reste oscillante à 39°6 jusqu'au 27 novembre ; si bien qu'on essaie les injections de sérum antistreptococcique ; mais, le soir même du 27, la température revient à 37°2 ; on continue le sérum antistreptococcique pendant trois jours ; mais, comme l'état de la malade est redevenu bon, le pouls normal et que la température n'a plus dépassé 37° on cesse.

La malade sort, le 8 décembre, parfaitement guérie. Son abcès est en bonne voie de cicatrisation.

Observation XII (1752, série II)

Bassin limite. — Accouchement spontané rapide (3 h. 10, délivrance normale, placenta prœvia latéral. — Infarctus blancs au placenta. — Endométrite avec tendance à la généralisation. — Sérothérapie. — Abcès de fixation. — Guérison.

La nommée V..... Rose, âgée de 23 ans, entre à la Maternité, le 10 novembre 1914, pour y accoucher.

Elle a eu une grossesse antérieure suivie d'accouchement à terme et eutocique, mais, en novembre 1913, elle a fait un avortement de trois mois ; on l'a curettée dans le Service.

A son entrée dans le Service, l'examen de la malade révèle un état général médiocre et une anémie prononcée.

Elle est à terme : la hauteur utérine au-dessus de la symphyse est de 32 centimètres, le col est largement perméable dans toute sa longueur ; la présentation, un sommet encore mobile, est en O I G A. Le bassin est normal et ne fait craindre, de son côté, aucune dystocie.

Le 22 novembre, après un travail d'une durée de trois heures 10, la femme accouche d'un fœtus du sexe féminin et d'un poids de 2 kilogr. 720 ; on a un placenta prœvia latéral qui, expulsé, montre quelques infarctus blancs, mais dont, cependant, les membranes sont intactes et point dilacérées du tout.

Bien que toutes les précautions d'asepsie aient été prises, comme de règle, pendant le travail, et après la délivrance, malgré la marche rapide de l'accouchement, l'accouchée est prise, le 23, d'une fièvre s'élevant à 38° et qui persiste les jours suivants ; les lochies sont un peu fétides et nous portons le diagnostic d'endométrite légère.

Jusqu'au 30 novembre, la température oscilant entre 38° et 39°, nous nous contentons d'un traitement local : injections utérines et vaginales. Mais, le 1er décembre, la température s'élevant brusquement à 40°, en même temps que nous instituons un traitement général, nous provoquons un abcès de fixation : il prend bien et, trois jours après, c'est-à-dire le 4 décembre, nous pouvons l'inciser.

La température baisse à 38°, mais les jours suivants elle continue à osciller de 38° à 39° si bien que, quotidiennement, nous injectons du sérum antistreptococcique.

Le 10 *décembre*, nous cessons le sérum, car, comme il est un peu ancien, nous l'accusons d'accidents qui avaient déterminé, chez notre malade, un collapsus inquiétant. Nous continuons le traitement par des frictions au collargol et un drainage soigné de la cavité utérine.

Le 17, la température restant toujours à 38°, 39°, nous provoquons un second abcès : il a une évolution moins rapide que le premier, mais on peut cependant l'inciser le 22.

A dater de ce jour, les phénomènes généraux disparaissent peu à peu, et la malade reprend. Elle quitte l'hôpital, guérie, le 6 janvier. Son premier abcès est complètement cicatrisé, le second en bonne voie.

CHAPITRE VII

Valeur pronostique des Abcès de fixation

Tout le monde est d'accord pour reconnaître à l'abcès de fixation une valeur pronostique réelle.

L'évolution des infections puerpérales se fait souvent, d'une façon telle, qu'il est impossible de porter un pronostic certain. Telle infection qui se présentait dès le début sous une forme redoutable, tourne court et guérit au moment où l'on s'y attend le moins et alors même qu'on prévoyait un dénouement fatal ; telle autre, au contraire (Observation III, n° 1691, Série II), qui paraissait, les premiers jours, d'intensité moyenne, évolue insidieusement, et s'aggrave brusquement, déterminant une mort imprévue.

On n'a, en effet, sur la gravité des cas que des indices incertains ; certes, il est une symptomatologie qui trompe rarement : l'accélération et la petitesse du pouls, la dissociation entre le pouls et la température ou une hyperthermie exagérée, les frissons violents et répétés, l'altération des traits et la dyspnée sont en effet de bons indices de gravité ; mais ils n'ont de valeur réelle que lorsqu'ils coexistent ; si l'un d'eux existe seul ou même, si un groupe seulement d'entre eux se manifeste, il n'est plus possible de porter un pronostic certain. Or, rarement, cette symptomatologie est complète ; le plus souvent, elle n'apparaît qu'au dernier moment.

Le laboratoire peut évidemment nous donner des élé-

ments de pronostic ; mais ils n'ont qu'une valeur toute relative. La présence de streptocoques dans le sang de la malade doit inspirer des craintes, « mais elle n'a de valeur absolue que si elle est persistante et qu'à divers examens elle aille en augmentant » ; la formule leucocytaire peut donner aussi quelques indications (éosinophilie) mais il est impossible d'en tirer des conclusions fermes ; et puis, enfin, tous ces renseignements, on ne peut les avoir que lorsqu'on est à proximité d'un centre de recherches et ils manquent fatalement au médecin de campagne.

Il est pourtant d'une très grande utilité pour le médecin, d'avoir des éléments sûrs pour porter un pronostic dès les premiers jours de l'infection ; cela est nécessaire pour guider sa thérapeutique d'abord ; ensuite, pour prévenir l'entourage du malade qui, pour des considérations de toutes sortes, a souvent besoin d'être fixé de bonne heure sur l'issue de la maladie.

L'abcès de fixation est certainement le meilleur de tous les moyens de pronostic. En général, l'absence de réaction est un indice de mort certaine, car elle indique que les conditions de résistance et de circulation sanguines sont des plus mauvaises (Observation I. n° 552, Série II, Observation II, n° 1073, Série II).

Cela ne veut pas dire, cependant, qu'il faut porter un pronostic fatal dès que la première injection n'a produit aucune réaction inflammatoire ; il est en effet des cas où une seconde injection est suivie de la formation d'un abcès. Il faut donc attendre quelques jours avant de se prononcer de façon certaine. Mais, si cette seconde injection n'a rien donné, il est inutile pour nous, d'en pratiquer d'autres et de torturer en vain la malade : l'issue est fatale.

Lorsque l'abcès a pris, la guérison est-elle certaine ? Non. Elle est seulement probable. Ainsi, chez une de nos malades, celle de l'Observation III (n° 1691, Série II), le premier abcès, provoqué le 12 octobre, avait pris parfaitement ; incisé, il n'a entraîné aucune amélioration, aucune baisse de la température.

Une deuxième injection de térébenthine, pratiquée le 11 novembre, n'entraîne qu'une réaction légère et la malade quitte l'hôpital dans un état désespéré le 15. Le premier abcès dénotait évidemment chez notre malade une grande résistance — n'y aurait-il, pour preuve, que la durée assez longue de la maladie — mais cette résistance n'était sans doute pas assez forte pour vaincre une infection aussi virulente que celle qu'elle présentait.

Ce n'est seulement que lorsque, l'abcès s'étant formé, une amélioration sensible se produit après son incision, qu'on peut affirmer la guérison.

De toutes façons, il nous semble que la méthode des abcès de fixation, toujours et partout facilement applicable, doit rendre, au point de vue du pronostic, de réels services et ne doit, par cela même, jamais être négligée.

CHAPITRE VIII

Valeur curative des Abcès de fixation

Au début de ce travail, nous disions que, seule, la clinique pouvait faire juger la valeur thérapeutique d'une méthode. Or il paraît aujourd'hui indéniable que la méthode des abcès de fixation dans la septicémie puerpérale, enregistre tous les jours à son actif des cas de guérison. A tous ceux déjà rapportés dans tous les travaux rapidement indiqués dans notre historique, nous avons ajouté les nôtres, et nous avons vu que, sur douze cas observés et traités par la méthode, on a obtenu neuf succès : c'est une moyenne de 80 pour 100.

En examinant les trois observations relatives aux cas mortels nous trouverons :

1° Que, dans le cas de la femme de l'Observation II (n° 1073, S. II), l'infection avait évolué en ville, depuis six jours déjà, et notre injection de térébenthine avait dû être trop tardive pour produire un effet quelconque ;

2° Que, dans l'Observation I (n° 552, S. II), l'injection avait évolué sur un terrain où la syphilis avait exercé une action toute récente, le mettant en état de moindre résistance manifeste : toute thérapeuique, nous semble-t-il, aurait été vaine ;

3° Enfin que, dans l'Observation III (n° 1691, S. II), l'abcès de fixation n'avait point entraîné d'amélioration, parce que l'infection ayant évolué de façon très insidieuse,

il avait dû s'ensuivre une intoxication profonde de la femme. Nous comparerons le cas de cette malheureuse à celui d'un individu qui, n'ayant jamais pris garde aux petits accidents d'une néphrite chronique ancienne, se trouve en proie, brusquement, à une crise d'urémie : à ce moment, un traitement énergique produira bien une petite accalmie, mais l'intoxication est trop ancienne et trop profonde pour que l'accalmie soit durable. Dans le cas qui nous occupe, l'abcès, en aboutissant à la suppuration, avait bien déterminé une réaction salutaire, mais la quantité de toxines entassée dans l'organisme était trop grande pour qu'on pût espérer une guérison. Aussi, dans nos indications, avons-nous conseillé de ne jamais trop attendre pour pratiquer l'injection de térébenthine.

Pour nous, l'abcès de fixation, provoqué à temps chez une femme bien constituée et n'ayant pas de trop mauvais antécédents personnels, atteinte de septicémie puerpérale, est un moyen curatif de premier ordre ; il demeure entendu qu'il doit toujours seconder un traitement général et local judicieux.

Cette dernière restriction fera certainement sourire les sceptiques qui ne manqueront pas de nous dire : Mais alors, qui, de votre abcès de fixation ou de votre traitement associé, vous a fourni la guérison de vos infectées ? A ceux-là, nous ferons simplement remarquer que, telle infectée, traitée par le seul traitement local, général et sérothérapique, mourrait ; alors qu'au contraire, telle autre, présentant les mêmes symptômes d'une infection identiquement grave guérissait, lorsqu'à ce traitement on adjoignait l'abcès de fixation. Cette remarque, nous semble-t-il, est assez éloquente : elle a suffi pour nous convaincre.

Nous terminons ces quelques réflexions sur la valeur

curative de l'abcès de fixation, en disant que les inconvénients qu'il présente sont nuls ou si peu importants, qu'ils ne doivent, en aucun cas, être une contre-indication à l'application de la méthode.

CONCLUSIONS

1° Les abcès de fixation doivent être considérés comme une méthode thérapeutique susceptible de rendre les plus grands services dans l'infection puerpérale et ne devant, par cela même, jamais être négligée : on les considèrera comme une médication adjuvante indispensable. *En général*, une amélioration notable, dans les cas qui doivent guérir, suit immédiatement la formation du pus ; dans les cas mortels, l'abcès de fixation est un bon moyen de pronostic. Cette règle, néanmoins, souffre quelques exceptions ;

2° La médication doit être évidemment surtout réservée aux formes généralisées car la plupart des infections légères restent localisées et cèdent à un traitement local, précoce et énergique ;

3° Quand on suit une technique convenable, la méthode de Fochier est absolument sans danger.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERODIAS. — Traitement de la septicémie puerpérale par les abcès de fixation associés à l'électrargol. — In *Annales de la Société obstétricale de France*, 1908, p. 440.

ARNOZAN. — Abcès de fixation. — In *Journal de Méd. de Bordeaux*, mars 1901, p. 116-123.

AUDEBERT. — In *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris et de la Société d'obstétrique de Toulouse*, février 1910, p. 98; décembre 1910, p. 438.

BEZU. — Abcès de fixation dans le saturnisme. — *Thèse Lille*, 1910.

BOISSARD. — Traitement de l'infection puerpérale par les abcès de fixation. — In *Obstétrtque*, octobre 1908, p. 417.

BONNAIRE. — Action du collargol dans l'infection puerpérale. — *Presse médicale*, 1906, n° 93.

BOUVIER. — Septicémie puerpérale et abcès artificiels. — *Thèse Lille*, 1900.

BRANTHOMME. — Abcès de fixation dans la pneumonie. — *Revue de Médecine*, 1906.

BUCHENAUD. — Quelques faits à l'actif des abcès artificiels dans le traitement des infections puerpérales. — *Thèse Bordeaux*, 1911.

BUDIN. — Traitement de l'infection puerpérale. — In *Obstétrique*, juillet 1901.

BUDIN et DEMELIN. — Manuel d'accouchement, p. 773.

CARLES. — Les abcès de fixation. — *Thèse Bordeaux*, 1902.

CASANOVE. — In *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris et Société d'obstétrique de Toulouse*, novembre 1902, p. 382.

CASEDEVANT. — De la valeur de la Méthode de Fochier (Abcès de fixation dans l'infection puerpérale). — *Thèse Paris*, 1913.

CASTAIGNE. — Traitement général des maladies infectieuses aiguës. — In *Livre du Médecin*, vol. XIII, p. 43.

CHANTEMESSE. — In *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1892, p. 18, 80, 92, 113, 124.

CHANTEMESSE et MARIE. — In *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 25 mars 1892, p. 113.

CHERON. — Quelques observations d'infection puerpérale à forme septicémique traitée par les abcès de fixation. — In *Annales de Société obstétricale de France*, 1902, p. 488.

J. CORTIGUERRA. — La sérothérapie et le phlegmon de Fochier. — Santander, 1896.

FABRE. — Du traitement de l'infection puerpérale à streptocoques par l'essence de térébenthine. — In *Société Médicale*, 1908, p. 272 ; In *Obstétrique*, 1908, p. 25.

FINOT. — Menstruation et fécondation. — *Thèse Paris*, 1910.

FOCHIER. — Thérapeutique des infections pyogènes généralisées. — *Lyon médical*, 23 août 1891.

FOCHIER. — Traitement de la fièvre puerpérale par la provocation d'abcès artificiels. — In *Annales de Société obstétricale de France*, avril 1892, p. 119.

FURC. — Abcès de fixation dans la pneumonie. — *Thèse Montpellier*, 1910.

GAND et POISSONNIER. — Quelques considérations à propos de deux accouchements dystociques, sur les abcès de fixation dans l'infection puerpérale. — In *Journal des Sciences médicales de Lille*, 30 avril 1910.

GONNET. — Élimination de térébenthine par les urines dans l'abcès de fixation. — In *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris et des réunions obstétricales de Lyon et de Montpellier*, juillet 1909, p. 296.

GRAFENBERG. — Signification pronostique des éléments figurés du sang dans les infections puerpérales. — *Archives franç. de Gynécologie*, 1908.

GUIGEOT. — *Bulletin de la Société médicale des Hôp. de Paris*, 1892.

HERBAY. — Traitement de l'infection puerpérale. — *Thèse Paris*, 1908.

HUOT. — Psychoses puerpérales. — *Thèse Bordeaux*, 1911.

LESIEUR. — *Journal médical Français*, 1913, p. 441.

LOOTEN et OUI. — Infection puerpérale guérie par l'abcès de fixation. — In *Annales de Gynécol. et d'obstétrique*, 1909.

MARMORECK. — Sérothérapie. — *Annales Institut Pasteur*, 1895.

MARSOO. — In *Comptes rendus de Société obstétrique, gynécologie et Pédiatrie de Paris et Société obstétrique de Toulouse*, octobre 1909, p. 203.

MERCANDINO. — A propos de la Méthode de Fochier. — In *Gazette médicale de Turin*, 1892.

Mme NATANSON. — Traitement de la fièvre puerpérale. — *Thèse Paris*, 1908.

NETTER. — *Presse médicale*, février 1903.

PERCEROT. — Traitement de la fièvre puerpérale par l'essence de térébenthine. — *Thèse Lyon*, 1909.

PINARD et WALLICH. — Traitement de l'infection puerpérale. — In *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1905.

PONS. — Traitement de la Pyohémie par la Méthode Fochier. — In *Languedoc médico-chirurgical*, 25 mars 1910.

POPADITCH. — Paroi abdominale au cours de la puerpéralité. — *Thèse Nancy*, 1910.

POUX. — In *Comptes rendus de Société obstétrique, gynécologie et Pédiatrie de Parie et Société obstétrique de Toulouse*, février 1910, p. 93.

SPILLMANN. — Traitement des pneumonies graves par l'essence de térébenthine. — In *Revue Médicale de l'Est*, 1892.

THIERRY. — Traitement de la septicémie puerpérale par la provocation d'abcès hypodermiques. — In *Annales de la Société obstétricale*, avril 1912, p. 119

THIROLOIX. — In *Semaine Médicale*, 1904.

TRIFON. — Étude clinique de l'abcès de fixation dans les septicémies puerpérales. — *Thèse Lyon*, 1899.

VANVERTS. — A propos des abcès artificiels dans l'infection puerpérale. — In *Echo Médical du Nord*, n° 19, mai 1909 ; in *Obstétrique*, 1909, p. 616.

VENOT. — In *Comptes rendus de Société obstétrique, gynécologie et Pédiatrie de Paris et Société obstétrique de Toulouse*, mars 1911, p. 155.

VINCENT. — Un cas de guérison inespérée de septicémie puerpérale. — *Lyon Médical*, 1906.

VOITURIER. — Étude clinique des abcès de fixation dans l'infection puerpérale. — *Thèse Lyon*, 1909.

VOUTERS. — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par les abcès de fixation et l'argent colloïdal. — *Thèse Lille*, 1909.

ZADVINE (M.). — De l'essence dans le traitement de l'infection puerpérale généralisée. — *Thèse Paris* 1911.

Vu :

Le Président de Thèse,
Dr Rouvier.

Vu :

Le Doyen,
Dr Curtillet.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 30 mars 1915.

Le Recteur,
E. Ardaillon.

ALGER. — TYPOGRAPHIE ADOLPHE JOURDAN. — ALGER

Alger — Typographie Adolphe Jourdan — Alger